

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1920

THÈSE

N° 49

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Jean SIMON

Né le 18 décembre 1891, à Marseille
Ancien Interne des Hôpitaux de Marseille
Décoré de la Croix de Guerre

ÉTUDE CRITIQUE DE QUELQUES CAS
DE RÉTRÉCISSEMENTS CICATRICIELS
DE L'ŒSOPHAGE

TRAVAIL DE LA CLINIQUE OTO-RHINO-LARINGOLOGIQUE
DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE DE MARSEILLE

Président : M. PIERRE SEBILEAU, Professeur.

PARIS
LIBRAIRIE LITTÉRAIRE ET MÉDICALE
LOUIS ARNETTE
2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1920

49

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1920

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Jean SIMON

Né le 18 décembre 1891, à Marseille
Ancien Interne des Hôpitaux de Marseille
Décoré de la Croix de Guerre

**ÉTUDE CRITIQUE DE QUELQUES CAS
DE RÉTRÉCISSEMENTS CICATRICIELS
DE L'ŒSOPHAGE**

TRAVAIL DE LA CLINIQUE OTO-RHINO-LARINGOLOGIQUE
DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE DE MARSEILLE

Président : M. PIERRE SEBILEAU, Professeur.

PARIS
LIBRAIRIE LITTÉRAIRE ET MÉDICALE
LOUIS ARNETTE
2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1920



FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

LE DOYEN : M. ROGER

ASSESEUR : M. POUCHET

PROFESSEURS	MM.
Anatomie	NICOLAS.
Anatomie médico-chirurgicale	CUNEO.
Physiologie	Ch. RICHET.
Physique médicale	André BROCA.
Chimie organique et Chimie générale	DESGREZ.
Bactériologie	BEZANÇON.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et Thérapeutique générales	Marcel LABBÉ.
Pathologie médicale	N.
Pathologie chirurgicale	N.
Anatomie pathologique	LETULLE.
Histologie	PRENANT.
Opérations et appareils	DUVAL.
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET.
Thérapeutique	CARNOT.
Hygiène	BERNARD.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MENETRIER.
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER.
Clinique médicale	ACHARD.
	WIDAL.
	GILBERT.
	CHAUFFARD.
	MARFAN.
Hygiène et clinique de la première enfance	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies des enfants	DUPRÉ.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	JEANSELME
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	P. MARIE.
Clinique des maladies du système nerveux	TEISSIER.
Clinique des maladies contagieuses	DELBET.
Clinique chirurgicale	GOSSET.
	LEJARS.
	HARTMANN.
Clinique ophtalmologique	DE LAPÉRONNE.
Clinique des maladies des voies urinaires	LEGUEU.
Clinique d'accouchements	BAR.
	COUVELAIRE.
Clinique gynécologique	BRINDEAU.
Clinique chirurgicale infantile	J. L. FAURE.
Clinique thérapeutique	Aug. BROCA.
Clinique d'Oto-rhino-laryngologie	VAQUEZ.
	SEBILEAU.

Agrégés en exercice

MM.			
ABRAMI.	DUVOIR.	LANGLOIS.	PHILIBERT.
ALGLAVE.	FISSINGER.	LARDENNOIS.	RATHERY.
BASSET.	GARNIER.	LEMIERRE.	RETERER.
BAUDOUIN.	GOUGEROT.	LEQUEUX.	RIBIERRE.
BLANCHETIÈRE.	GRÉGOIRE.	LEREBoullet.	RICHAUD.
BRANCA.	GUILLEMINOT.	LERI.	ROUSSY.
CAMUS.	GUENIOT.	Le LORIER.	ROUVIERE.
CHIRAY.	GUILLEMIN.	LEVY-SOLAL.	SCHWARTZ, A.
CHAMPY.	HEITZ-BOYER.	MATHIEU.	TANON.
CHEVASSU.	JOYEUX.	METZGER.	TERRIEN.
CLERC.	LABBE HENRI.	MOCOQUOT.	TIFFENEAU.
DESMAREST.	LAIGNEL-LAVAS-	MULON.	VILLARET.
DEBRE.	TINE.	OKINCZYC.	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON MAITRE

MONSIEUR LE PROFESSEUR MAURICE BRÉMOND
CHIRURGIEN-SPÉCIALISTE DES HÔPITAUX
PROFESSEUR DE CLINIQUE OTO-RHINO-LARYNGOLOGIQUE
A L'ÉCOLE DE MÉDECINE DE MARSEILLE

A MON MAITRE ET AMI

MONSIEUR LE PROFESSEUR LOUIS PAYAN
MÉDECIN DES HÔPITAUX
PROFESSEUR A L'ÉCOLE DE MÉDECINE DE MARSEILLE

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR PIERRE SEBILEAU
CHIRURGIEN DES HÔPITAUX
PROFESSEUR DE CLINIQUE OTO-RHINO-LARYNGOLOGIQUE
A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

A MES MAÎTRES DES HÔPITAUX
ET DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE DE MARSEILLE

CHAPITRE PREMIER

DÉFINITION — ETIOLOGIE

Nous n'avons pas l'intention au cours de ce travail d'écrire une revue générale.

L'idée de cette étude nous a été donnée par notre maître le professeur Maurice Brémont. Des quelques malades que nous avons suivis sous sa direction nous voudrions retracer l'histoire. D'autre part nous voudrions retirer un enseignement de cette petite expérience et montrer quelles sont les idées générales qui président au traitement de ce genre de maladie à la clinique oto-rhino-laryngologique de l'Hôtel-Dieu de Marseille.

On entend par rétrécissement cicatriciel de l'œsophage un état pathologique constitué par une altération permanente de ce canal, amenant des troubles variés à évolution progressive, tendant à l'oblitération complète

de sa lumière. Il en ressort clairement que c'est là une affection très grave, puisque la fin dernière du processus amène l'arrêt complet de la déglutition et sa fidèle compagne, l'inanition.

Tous les caustiques sont susceptibles d'entraîner des rétrécissements cicatriciels. En Provence l'un d'eux fournit un contingent important de rétrécis. Il est connu sous le nom d'eau des olives. Il faut ici ouvrir une brève parenthèse et rappeler que l'olive verte servie pour être mangée crue, subit une macération antérieure de quelques jours dans une lessive de soude caustique à 28° Baumé. C'est l'essentiel de la préparation. Mets fort estimé en Provence, chaque famille, surtout rurale, possède un flacon de cette eau des olives. On devine les méprises, surtout de la part des enfants, et les suites malheureuses de l'erreur.

Nous nous proposons d'étudier successivement l'anatomie pathologique, les renseignements fournis par la clinique, le traitement.

CHAPITRE II

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Nous envisagerons tour à tour les sténoses cicatricielles de l'œsophage au point de vue :

- 1^o De leur siège et de leur nombre;
- 2^o De leurs formes et de leur étendue;
- 3^o Des lésions concomitantes.

1^o **Siège et nombre.** — C'est la partie initiale de l'œsophage et la partie toute terminale qui d'après la loi d'Andral et de Hunter seraient les points où siègent le plus volontiers un rétrécissement. Hamburger admet que si un seul rétrécissement existe, c'est au cardia qu'on le constate; s'il y en a deux, l'un est cardiaque, l'autre à l'origine du conduit. Il se rallie en somme, à la loi d'Andral.

Von Hacker décrit trois types :

- 1^o *Rétrécissement unique* : il siège au niveau des points normalement rétrécis;

2° *Rétrécissements multiples* : on voit dans ces cas soit un rétrécissement de l'extrémité supérieure et un rétrécissement médio-thoracique, soit un rétrécissement des deux extrémités ;

3° *Rétrécissement total* : le canal œsophagiens est transformé en un tuyau rigide.

Pour les Lyonnais, « les rétrécissements dus à l'ingestion d'un liquide caustique sont le plus souvent multiples. C'est aux portions sus-aortiques et cardio-diaphragmatiques, qu'ils sont le plus souvent observés. Ceci s'explique par ce fait que, comme l'ont établi les travaux d'Arloing, dans une déglutition, le liquide ne descend pas par mouvements péristaltiques successifs, mais est projeté de l'extrémité inférieure du pharynx, vers le cardia. Il peut, cependant, exister des points sténosés intermédiaires à sièges variables, mais dans ces cas ce sont les portions cervicale et cardiaque qui sont le plus serrées » (Burel, élève de Sargnon).

Comme on peut le voir, les avis sont partagés. Et malgré qu'on donne le nom de loi aux opinions d'Andral et de Hunter, on peut bien dire, pour le moins, qu'il en est de cette loi comme de quelques autres : elle ne demande qu'à être tournée.

Nos observations sont constantes, sauf dans un cas (obs. XI). Dans tous les autres un rétrécissement siège le long d'un espace compris entre les rétrécissements anatomiquement normaux dits aortique et bronchique ; l'autre, quand il existe — ce qui n'est pas la règle, au contraire — siège au niveau du cardia. Le cas qui fait

exception à ce qui fut pour nous la règle, montre un œsophage rétréci sur toute sa longueur (correspondant au type 3 de von Hacker), ou pour être plus précis, une série de rétrécissements d'étendue brève, échelonnés en chapelet depuis l'orifice supérieur jusqu'à l'estomac (obs. XI).

2° Formes et étendue. — Ici les auteurs sont unanimes. Jamais on ne rencontre ces formes de rétrécissement en soupape (von Hacker) dû à ce que seule la muqueuse et la sous-muqueuse sont lésées. La musculuse est toujours atteinte. La cicatrice est profonde, indurée, épaisse : c'est le rétrécissement calleux de Rokitansky.

Annulaires : c'est décrit. C'est assez difficile à comprendre — ou tubulaires, ils sont parfois d'une très grande étendue. Nous avons vu qu'ils peuvent s'étendre à toute la longueur de l'organe. Pour nous, nous les avons vu s'étager sur une longueur moyenne de 5 à 6 centimètres, et présenter, non pas la forme tubulaire classique, mais une disposition infundibuliforme. Nous avons toujours noté, en effet, que la boule de notre explorateur après avoir franchement abordé l'orifice supérieur du rétrécissement allait descendant avec plus de difficulté. L'autopsie que nous avons pu pratiquer nous a montré cette disposition.

3° Lésions concomitantes. — Ce sont celles qui siègent au niveau de la paroi œsophagienne au-dessus

du rétrécissement et dans le rétrécissement lui-même.

Au-dessus du rétrécissement et du fait de la sténose, la salive, le mucus, les matières alimentaires subissent une stase plus ou moins longue, fermentent et attaquent la muqueuse. Muqueuse qui ne demande, du reste, qu'à être attaquée. Car, que peut valoir au point de vue de la défensive un tissu qui, toujours, a été lésé par le liquide caustique et qui souvent est peut-être, un peu trop heurté par des examens nécessaires, mais pas très idoines à le renforcer ! L'œsophagite s'installe. La musculieuse s'hypertrophie. Conséquence : la paroi va se laisser distendre sous la pression grandissante ; un diverticule va se constituer. Certes ce ne sera pas une de ces poches comparable à celles qui sont d'origine congénitale. Mais on verra un diverticule limité, dont il est indispensable de savoir qu'il peut exister. Que d'examen œsophagiens se fussent trouvés bien de cette notion préalable !

Ces lésions siégeant au-dessus du rétrécissement ne sont pas d'un ordre très bénin. Que dire alors, de celles identiques, qui siègent au cœur du processus pathologique. Là l'œsophagite règne en maîtresse. C'est elle (œsophagite par brûlure) qui va constituer la sténose. C'est elle qui est la source de toute une série de complications d'une exceptionnelle gravité. La lecture de quelques-unes de nos observations est, à ce point de vue, tristement instructive. Dans les cas malheureux, voici ce qui se passe. Le processus inflammatoire tend à se limiter par des adhérences, par la formation d'une

péricésophagite plastique, de telle sorte que l'œsophage adhère au point rétréci, à tout ce qui l'entoure. Or la région la plus souvent sténosée se trouve au niveau des rétrécissements anatomiques broncho-aortiques. L'œsophage va se fixer sur la partie rétrécie dans une gangue cellulaire dense et va adhérer à la bronche gauche. Que le travail inflammatoire ne s'arrête point là : c'est la fistulisation dans les voies aériennes ou dans la plèvre — dans les deux parfois (obs. IX et XI). On retrouvera ce fait dans notre observation XI : la jeune malade opérée d'empyème voyait le liquide dégluti s'échapper par la plaie opératoire du thorax. Ici les faits parlent. Nous ne dirons pas autre chose sur la gravité exceptionnelle de ces lésions. Notons que jamais nous n'avons vu qu'il y ait possibilité d'adhérence ou de fistulisation dans l'aorte aussi voisine que la bronche.

CHAPITRE III

ÉTUDE CLINIQUE

Si anatomiquement les cas sont aussi dissemblables, cliniquement on peut bien dire que toutes nos observations sont superposables (complications mises à part).

Au début c'est le drame. Souvent il s'agit d'un enfant : parents, témoins, tous s'affolent. Une chose domine : la peur de l'entourage, qui n'est pas faite pour atténuer l'angoisse du patient. Le médecin appelé en grande hâte indique une thérapeutique de circonstance, va parfois jusqu'au lavage d'estomac, en tous cas s'efforce d'apaiser les phénomènes aigus qu'il constate : douleur intense, diarrhée sanguinolente, parfois vomissements, toujours dysphagie marquée. Dans la majorité des cas il ne laisse pas entrevoir le sombre horizon caché par ce nuage d'un moment. Du reste il ne serait pas cru. Le lendemain, en effet, tout cet orage est dissipé. C'est le calme après la tempête. Tout rentre dans l'ordre. Encore une hui-

taine de jours et même toute sensation de sécheresse dans l'arrière-gorge aura disparu. Rares sont les cas où persiste une légère dysphagie. L'entourage, le malade se trompent. Cette accalmie est des plus trompeuses. Un mois au plus se passe avant que les signes de la sténose organisée ne viennent en un cortège inquiétant, mettre le malade sur le qui-vive et le conduire à la consultation.

Au bout de quelque temps, en effet, une dysphagie progressive s'installe à nouveau. La déglutition des liquides est relativement facile; mais celle des solides n'est possible qu'à la faveur d'une longue mastication et d'une déglutition lente.

La déglutition est variable, plus facile à certains moments qu'à d'autres, suivant l'état de spasme plus ou moins accentué qui accompagne et complique habituellement la sténose. Puis la dysphagie augmente peu à peu et devient très souvent absolue : liquides, solides, rien ne passe.

La salivation est excessive. Il s'agit du réflexe œsophago-salivaire décrit par Roger. Sous l'influence d'une excitation du X il se produit une hypersécrétion des glandes salivaires. Le malade signale enfin, et on peut le constater facilement, des régurgitations, des vomissements qui se passent sans efforts et sans état nauséeux. Les débris alimentaires rejetés ne sont pas digérés quand ces vomissements sont assez loin de la déglutition. Mais le plus souvent ils la suivent de quelques minutes : ce sont les vomissements œsophagiens. Tous les malades en ont.

Ces renseignements fournis par l'interrogatoire, constituent des signes subjectifs. Ils ont la valeur des renseignements de seconde main. Ils sont incapables de donner une certitude. C'est la série des signes objectifs qui permettra de se faire une idée précise et juste des lésions. Les renseignements, qu'il faut rechercher, ressortissent les uns à l'exploration directe, les autres à la radioscopie et à l'œsophagoscopie.

Exploration ordinaire.

Elle consiste dans l'opération du cathétérisme de l'œsophage. Nous l'avons effectué avec des boules olivaires en ivoire ou métalliques de diamètre variable, montées sur une tige de baleine — ou avec des bougies en gomme de Bouchard. La manœuvre est connue de tous. Le malade est assis sur une chaise, la tête légèrement penchée en arrière. On lubrifie le cathéter. Puis de l'index gauche on repère la base de la langue que l'on déprime. L'explorateur tenu de la main droite est alors introduit sur l'index gauche conducteur. On arrive jusqu'à la paroi postérieure du pharynx. Un mouvement de bascule exécuté en relevant la main droite porte l'instrument au niveau de l'orifice supérieur de l'œsophage. Sur le seuil de cette bouche on subit un premier arrêt : c'est le spasme, que présentent presque tous les sujets. En général, il cède au bout de quelques secondes sans que l'on ait eu besoin d'augmenter la pression de

la sonde. Si le malade veut bien faire quelques mouvements de déglutition, l'instrument glisse mieux dans l'œsophage. Le cathétérisme montre immédiatement l'existence d'un obstacle au passage de la sonde. Si le rétrécissement est perméable à l'explorateur, celui-ci s'engage dans un défilé serré : la main propulsive éprouve la nécessité d'augmenter son effort ; la sensation de striction circulaire se fait nettement sentir. Pour nous, le résultat de nos explorations à la boule olivaire, nous a, en outre, toujours montré que plus notre cathéter allait de l'avant dans le tunnel, plus la difficulté d'avancer se faisait grande, lorsque nous n'étions pas arrêté. Autrement dit le rétrécissement nous a paru moins serré en haut que vers le cardia. Ce procédé permet encore de localiser anatomiquement la sténose. Une exacte mensuration de la portion de l'explorateur passée sans effort, une soustraction (la distance des arcades dentaires à l'orifice supérieur de l'œsophage : 15 centimètres, adulte ; 10 centimètres, enfant) et on obtient en centimètres la distance qui sépare le point rétréci de la bouche œsophagienne. Pour nous les résultats ont presque toujours été constants : c'est entre 24 et 30 centimètres, selon l'âge, que notre cathéter a été arrêté.

Il est évident que l'importance de l'obstacle est montré aussi par le diamètre de la sonde la plus grosse, qui puisse être admise par l'œsophage. D'autre part cette exploration peut aussi indiquer l'existence de plusieurs rétrécissements superposés et la longueur approximative de chacun d'eux (obs. XI).

En somme ce mode d'exploration fournit de précieuses indications. Longtemps du reste il fut le seul moyen possible de diagnostic positif sérieux. Tel qu'il est, et sans vouloir le déprécier, il faut savoir — et bien savoir — que sa pratique n'est pas toujours bénigne. Entre des mains inexpertes ou imprudentes, il pourrait conduire aux pires désastres. Il partage le sort de tous les procédés d'investigation aveugle. Les fausses routes, la perforation de la paroi, les hémorragies sont autant de dangers que l'urologue connaît bien, que l'O. R. L. redoute plus encore. Dans les cas d'anévrysme de l'aorte, d'œsophagite aiguë, le cathétérisme doit être très soigneusement évité. Il est inutile d'aller sciemment au-devant d'une catastrophe.

Exploration radioscopique

C'est le procédé d'exploration le plus anodin; celui qui fournit, peut-être, les renseignements les plus précis. Il est en tout cas indispensable. On n'aurait que des résultats insuffisants avec la seule exploration directe ou même œsophagoscopique. On pourrait à la rigueur se contenter pour un bon diagnostic, d'un examen radioscopique bien fait. Certains, tels que Kiensbock et Holtznoch, Bécclère, Garrel et Arcelin ont voulu fignoler les procédés et à l'aide d'instrumentation, de siège, d'écrans spéciaux, arriver à la perfection radioscopique. Les examens pratiqués avec l'écran parallèle à l'ampoule

sont bien suffisants. On obtient avec les appareils ordinaires d'excellentes images. Il suffit évidemment de pratiquer l'examen en oblique antérieur droit ou oblique postérieur gauche. La vision sera ainsi bien meilleure. Mais qui ignore que de cette façon les corps opaques intra-œsophagiens se dessineront sur l'écran dans une zone claire (espace clair moyen) limitée d'un côté par l'ombre du cœur et des gros vaisseaux, de l'autre par celle du rachis. On sait, en effet, que ces organes noient l'œsophage dans une ombre épaisse, lorsqu'on pratique une radioscopie antéro-postérieure.

Sur l'image ainsi obtenue, on peut étudier la longueur, le degré de perméabilité du rétrécissement; localiser son siège, compter les diverses sténoses. On fait ingurgiter au sujet un lait de bismuth. Le temps œsophagien de la déglutition est normalement si rapide, que l'examen radioscopique fait à ce moment ne montre qu'une ombre très faible et très rapidement disparue. Y a-t-il une sténose œsophagienne ? Le bismuth se dépose sur les parois de l'œsophage au-dessus du point rétréci et on voit sur l'écran une traînée sombre au niveau de l'espace clair moyen, avec au point rétréci une tache plus sombre encore. Ce bismuth immobilisé au point sténosé finit peu à peu par s'insinuer plus ou moins vite, selon le degré de rétrécissement. L'ombre prend alors la forme d'un clou (Sencert) qui s'effile de plus en plus, pour disparaître.

Y a-t-il simplement spasme ? L'ombre disparaîtra brusquement, comme un éclair, vers l'estomac. Les

manœuvres sont tout à fait innocentes. Le malade s'y prête volontiers. Les renseignements obtenus sont d'une importance de tout premier ordre. C'est au point que dans la plupart des cas, on peut ne pas pratiquer l'œsophagoscopie.

Examen œsophagoscopique.

On lit un peu partout que sous le contrôle de l'endoscopie la muqueuse œsophagienne apparaît avec des caractéristiques telles qu'un œil même inexpert ne saurait s'y tromper. On décrit volontiers de longues traînées blanchâtres alternant avec des bandes de muqueuse normale rosée, traînées qui partant de la région cervicale convergent toutes vers le point rétréci. « A ce niveau on voit formant le fond d'un entonnoir progressivement rétréci ou le fond à pic d'une portion plus ou moins dilatée, un diaphragme cicatriciel de coloration blanchâtre, lisse, de consistance ferme et dure, immobile, sauf s'il s'agit d'un simple diaphragme muqueux. La lumière du conduit est réduite à un petit orifice, excentrique le plus souvent, masqué en partie par des masses cicatricielles » (Sencert).

Nous n'avons pas toujours eu le bonheur de rencontrer des choses aussi simples et aussi précises. Empres-

sous-nous d'ajouter que l'examen œsophagoscopique n'a pas été systématiquement pratiqué par nous. C'est, sans doute, la raison, qui fait qu'au cours de nos examens nous n'avons jamais vu ce que décrit la citation précédente de Sencert. Il est vrai encore que nos examens portaient sur des malades récents et que nous avons toujours craint d'employer, sans raison motivée, un procédé d'exploration, qui, même entre des mains pleines d'expérience, demeure un traumatisme important et non tout à fait dépourvu de danger. Toutes les fois, en effet, le cathéter et l'écran nous ont suffi pour établir notre diagnostic.

Nous avons déjà dit à propos du cathétérisme que la douceur et la grande prudence étaient indispensables pour manier l'explorateur — et encore sans éliminer toute chance de complication. Que dire, alors, de l'œsophagoscope, instrument de gros volume, rigide et partant très traumatisant. On devine que son contact ne soit pas toujours très anodin avec une muqueuse où le processus inflammatoire est tel qu'elle ne demande qu'à céder sous la plus minime pression. Aussi bien l'œsophagoscope ne nous a guère servi que dans les cas où le cathétérisme était impossible à établir. Là il était inévitable d'avoir recours à ce qu'on pourrait considérer, en quelque sorte, comme la dernière planche de salut. Et l'œsophage nous est apparu tout à coup, tel que nous l'allons décrire.

Dès l'abord, au niveau de l'orifice supérieur, du spasme. Pas de ces spasmes violents, qui opposent une résis-

tance franchissable à coups de patience — mais dans tous les cas spasme nécessitant un petit temps d'arrêt. Puis l'orifice supérieur franchi, l'instrument descendait le long d'une muqueuse presque normale, dont le rose du début allait par graduations successives jusqu'à la teinte garance foncée, qui marquait l'arrêt de l'instrument et l'entrée dans la zone sténosée. Là, la muqueuse apparaissait boursouflée, tomenteuse, lisse, brillante et tendue, de telle sorte que la comparaison s'imposait avec le col utérin. Et alors commençait la recherche de l'orifice par où passer un cathéter. La lecture de nos observations montrera que cette lumière se trouvait ou ne se trouvait pas. En tout cas, notre expérience est telle que dans l'avenir toutes les fois qu'il nous faudra avoir recours à l'instrumentation de Brunnings pour établir un cathétérisme, nous aurons une mauvaise impression et nous ne nous efforcerons pas à éveiller des sentiments d'enthousiasme dans l'entourage du malade, pas plus que dans son propre esprit. Dans ces cas, en effet, la situation peut ainsi se résumer : rétrécissement très serré parce que processus pathologique très accentué, donc muqueuse très friable et imminence de la fausse route toutes les fois qu'on insistera un peu trop pour passer. Nous n'oublions pas cependant que grâce à l'œsophagoscope des lumières excentriques pourront être repérées, que vainement on rechercherait sous l'explorateur.

Il nous resterait à parler de l'œsophagoscopie rétrograde. Ce procédé, est très vanté par Sencert (*Journal*

de chirurgie, juillet 1918). Notre maître Maurice Brémond, qui en a l'expérience nous a toujours déconseillé de l'utiliser. La manœuvre est très longue, car on est constamment gêné par la salive et le mucus gastrique, qui aveuglent l'œsophagoscope et, le cardia trouvé, les chances de passer ne sont pas très grandes. Il en est, en somme, de l'œsophagoscopie rétrograde comme du cathétérisme rétrograde : des pis-aller qui n'entraînent pas fatalement le succès.

L'exposé des procédés qui permettent d'établir un diagnostic sont suffisamment précis pour que ce diagnostic ne puisse être discuté. La notion étiologique domine le débat. Ici pas de tergiversations possibles. Il est bon toutefois de ne pas être affirmatif plus qu'il ne convient.

Le spasme, cet autre rétrécissement, vient souvent se surajouter à l'élément cicatriciel de la sténose. C'est au jugement de différencier la part qui incombe aux deux facteurs. Mais c'est incontestablement la radioscopie et surtout l'œsophagoscopie qui départageront dans le débat, car le spasme cède toujours sous une anesthésie cocaïnique un peu prolongée. Il faudra se souvenir que souvent à ce niveau la muqueuse peut présenter des lésions inflammatoires superficielles plutôt irritatives que cicatricielles.

Nous ne terminerons pas nos observations cliniques, sans parler des complications. Comme le montre la lecture de nos observations, nos malades furent souvent des malades difficiles.

Il est une complication locale que tous nos malades ont présenté. C'est l'œsophagite. Sous l'œsophagoscope la muqueuse apparaît rouge vif, congestionnée, œdémateuse, parfois gonflée au point qu'elle apparaît prête à se rompre. On pense souvent tant l'analogie est grande à ces gros cols boursoufflés de métrite cervicale chronique. Cette œsophagite peut aller jusqu'à l'abcédation. Mais avons-nous bien le droit de considérer cette œsophagite aiguë comme une complication. Nous ne le croyons pas. Elle est symptôme dans la période qui suit l'ingestion du liquide caustique; elle est par sa guérison la cause de la sténose qui va s'instituer. Il n'en est pas de même de l'œsophagite phlegmoneuse. Les classiques la mentionnent comme très rare. Dans nos quelques observations on en pourra voir deux cas (obs. IX et X). Nous n'avons pas pu pratiquer l'autopsie de l'une d'elle. Le tableau clinique permet de reconstituer la scène anatomique (obs. X) : il semble dans notre cas que l'abcès se soit ouvert d'abord dans la plèvre; puis dans un second temps à l'extérieur, par l'œsophage. La douleur rétro-sternale est intense. Les phénomènes généraux sont excessivement marqués. Que le pus se fasse jour vers la plèvre, les bronches ou le médiastin, le pronostic est toujours le même : fatal. Ces œsophagites seraient moins graves si la collection se limitait à la sous-muqueuse pour s'ouvrir dans le conduit œsophagien. C'est ce qui doit se passer le plus souvent.

On conçoit que les complications pleuro-pulmonaires ne soient pas une rareté au cours des rétrécissements cicatriciels de l'œsophage.

La pleurésie purulente, la congestion pulmonaire, la broncho-pneumonie ont été vues par nous. Nous ne croyons pas utile de nous attarder sur les signes qui convoient chacune de ces affections. Ils sont trop familiers.

Un de nos malades (obs. IX) a présenté de l'emphysème sous-cutané généralisé. Cette complication est rare. Il s'agissait dans notre cas d'une fistule broncho-œsophagienne à travers laquelle l'air devait filtrer.

Enfin nous ne voulons pas quitter le chapitre des complications sans dire encore combien certaines manœuvres d'examen et de traitement peuvent être dangereuses, si elles sont pratiquées brutalement.

Lubet-Barbon (1912) a signalé à la Société française de laryngologie le cas d'une femme adulte, qui à la suite d'un cathétérisme très prudent, est morte au bout de quelques jours d'emphysème sous-cutané et de syncope. Une de nos malades a fait une pleurésie purulente après une exploration pleine de douceur.

Evolution et pronostic

L'évolution des rétrécissements cicatriciels de l'œsophage est fonction du traitement. Telle sténose sera franchissable au cathétérisme et guérira. Telle autre ne permettra pas l'institution d'un traitement méthodique et ira vers le bloc fibreux définitif.

L'avenir des malades est exactement lié aux mêmes

conditions. Il nous faut, cependant, établir ici une importante distinction. La gastrostomie permet une alimentation bien suffisante. Elle suffit à l'entretien du sujet. Elle peut encore le remonter lorsqu'elle est pratiquée tardivement après une longue période d'hypoalimentation ou d'inanition. Du moins faut-il que le rétréci soit vigoureux et spécial pour que ce palliatif puisse suffire. Déjà chez un adulte taré ou débilité par des maladies antérieures, la gastrostomie est souvent impuissante à permettre au malade de se remonter. Et celui-ci traîne longuement parfois (obs. X), jusqu'à l'échéance où il s'éteint plutôt qu'il ne meurt. Que dire alors des enfants, qui fournissent pourtant un gros contingent de rétrécis œsophagiens ? Keller prétend que du fait de l'accroissement normal des parties la dilatation sera plus facile. C'est une opinion des plus simplistes. Chez l'enfant la croissance nécessite l'apport constant à l'économie d'une quantité de matériaux indispensables. La gastrostomie fait un choix parmi les aliments. La dénutrition s'installe alors, si le rétrécissement n'est pas dilaté et si les voies normales ne servent plus à l'alimentation. Le pronostic est alors des plus sombres. La mort guette ces petits malades, qui ne dépassent guère la seconde enfance, enlevés qu'il sont par la tuberculose pulmonaire.

CHAPITRE IV

TRAITEMENT

La question du traitement des rétrécissements cicatriciels de l'œsophage a fait énormément écrire. Le Congrès de chirurgie (1912) qui l'avait mise à son ordre du jour a bien mis l'accord dans tous les esprits. Il n'a pas donné à la thérapeutique un moyen de guérir tous les rétrécis.

On peut écrire, voyant les choses d'un point de vue très général, que les rétrécissements se divisent en deux grandes classes : ceux qui admettent le cathétérisme ; ceux qui s'opposent au passage d'un conducteur. Les premiers peuvent être dits à coup sûr curables ; les seconds sont le désespoir du chirurgien qui est devant eux sans moyens. Car il ne faut absolument pas compter pour le quart d'heure sur ces interventions médiastinales pratiquement désastreuses.

Ici encore nous nous efforcerons de dire uniquement ce que nous avons fait sans chercher à faire une revue

générale des méthodes de traitement. Au cours de cet exposé, nous serons appelé à faire une revue critique des procédés que notre maître Brémont n'a pas voulu employer dans le traitement de nos malades.

I. *Cas simples.* — Ces cas sont justiciables de la dilatation simple. Elle consiste à faire passer dans l'œsophage des bougies de diamètre progressivement croissant. Nous n'insistons pas particulièrement. Nos observations ne mentionnent pas un cas aussi simple. Chez nos malades, en effet, le premier geste thérapeutique fut toujours chirurgical. C'est par là gastrostomie que nous avons commencé le traitement.

II. *Cas complexes.* — Nous serions tenté d'écrire qu'ils sont les plus nombreux. Dans notre statistique, ils sont les seuls. Ce sont ceux qui présentent une sténose serrée succédant aux brûlures profondes de la paroi, à celles qui atteignent la sous-muqueuse et la musculuse.

Nous savons que cliniquement, après un début dramatique, ces rétrécissements ne se manifestent qu'un mois en moyenne après l'ingestion du liquide caustique. D'une manière générale nos malades ont été amenés à notre consultation au moment où la dysphagie était chez eux telle que la gastrostomie devenait une question de vie ou de mort. Et comment hésiter en présence d'une intervention aussi simple, si peu schokante grâce à l'anesthésie locale, si utile enfin dans l'avenir pour l'ins-

titution d'un traitement sûr. C'est donc la main forcée par la nécessité que notre premier mouvement a été de pratiquer une fistule gastrique.

Dans la cure des rétrécissements graves de l'œsophage la gastrostomie occupe une place capitale. Contrairement à ce que peut penser Guisez, elle doit être souvent pratiquée. Sauf les cas très simples, Brémont la pratique toujours. Pour Guisez, l'œsophagoscope mène à tout. Nous serions tenté d'ajouter, usant d'une vieille formule : « Oui, mais à condition d'en sortir ». Pour lui la gastrostomie est une opération souvent inutile, toujours dangereuse.

On peut facilement objecter que la gastrostomie est parfois indispensable pour alimenter dans le plus bref délai le malade; qu'elle s'impose lorsqu'il y a des signes certains d'œsophagite avec douleur, température, mucosités sanguinolentes ou purulentes. Il est facile encore d'ajouter que l'œsophagoscopie expose à des dangers plus réels que la gastrostomie.

On a reproché à cette intervention sa gravité, surtout lorsqu'elle est pratiquée sur un malade cachectique. Il est vrai que pratiquée dans ces conditions sous anesthésie générale, la gastrostomie est grave. Le choc, les complications broncho-pulmonaires plus ou moins précoces sont autant de causes d'échec. Mais pratiquée sous anesthésie locale, toutes ces chances d'insuccès s'évanouissent. Et la gastrostomie en tant qu'acte opératoire demeure bénigne.

Reste le reproche de l'alimentation insuffisante qu'elle

assure à l'opéré en raison de l'incontinence de la fistule gastrique. Ce reproche n'a, à nos yeux, aucune espèce de valeur. Le procédé de Fontan, entre beaucoup d'autres, permet d'obtenir une bouche très étanche. Il suffit de prendre quelques précautions : pratiquer la fistule le plus près possible de la petite courbure, le plus haut possible près du cardia ; fixer l'estomac à la paroi uniquement par des points séro-séreux et ne faire qu'un petit pertuis pour le passage de la sonde. Ceci fait le malade est pour l'instant hors d'affaire. Il ne mourra pas de faim. Les premiers jours qui suivent l'intervention, la déglutition normale se rétablit pour quelques aliments liquides dans de nombreux cas. L'œsophage demeure rétréci.

C'est à lui qu'il faut maintenant s'attaquer. Nous avons déjà écrit tout à l'heure que la gastrostomie était le premier temps du traitement de la sténose. En effet, c'est par la fistule gastrique que pourra sortir un fil de soie passé par la bouche et constituant, les deux bouts réunis, une chaîne sans fin.

Au si bien on peut envisager comme très différents les rétrécissements qui admettent un conducteur et ceux qui n'en admettent pas.

1^o *On a pu passer un conducteur.*— Le fil de soie équivaut pour le malade, sinon toujours au salut, du moins presque toujours à la guérison certaine de la sténose. C'est lui, une fois en place, qui guidera la dilatation et qui entre les séances demeurera pour montrer le chemin.

Tous nos malades ont été identiques. Au premier

examen aucun n'a admis l'explorateur au passage. C'est là un fait qui n'est pas pour surprendre : rétrécissement en voie d'organisation, œsophagite intense occasionnée et par l'ingestion initiale et par le traumatisme incessant des aliments déglutés et par leur stase. C'est plus qu'il n'en faut. Ajoutons le spasme qui ne manque jamais. Rien ne pouvait passer. C'est une huitaine de jours après l'intervention sur l'estomac, après cette semaine durant laquelle l'œsophage est demeuré au repos qu'il faut tenter le cathétérisme. Nous le pratiquons à l'aide d'une sonde urétérale. Petit calibre, fermeté et souplesse, telles sont les qualités qui nous font préférer cet instrument. Les tentatives doivent être faites avec beaucoup de douceur et de patience. Si on ne passe pas lors des premières manœuvres, il est nécessaire de laisser un peu de repos (très variable selon les sujets) au patient. Au bout d'un instant, en effet, le réflexe pharyngien, le réflexe œsophago-salivaire, le spasme intense au niveau de la sténose, constituent autant d'obstacles qui rendraient vain tout autre essai. Enfin, on a pu passer. Une longue pince à mors plats va à la recherche de l'extrémité du cathéter vers le cardia, par la bouche gastrique. A ce cathéter extériorisé il s'agit d'attacher un robuste fil de soie. On ramène le tout par le chemin de l'aller et ainsi est constituée la chaîne sans fin. La dilatation va maintenant devenir facile. Le Pr. Brémond est fidèle à la méthode des laminaires. Sur le conducteur il monte une tige qui est introduite de haut en bas jusque dans le rétrécissement où elle demeurera d'une demi-heure à une heure

(exceptionnellement plus longtemps : sphacèle). La laminaire en milieu humide augmente de volume, dilatant ainsi la sténose. Les séances sont reprises trois à quatre fois par semaine jusqu'à guérison et en augmentant progressivement le numéro des laminaires. Vers la fin alors que l'alimentation se fait presque exclusivement par les voies naturelles, on parachève la dilatation à l'aide des sondes de Bouchard. La guérison demande trois à quatre mois pour être complète. C'est évidemment une moyenne. On verra par notre observation VIII qu'il n'en est pas toujours ainsi.

Comme on le voit cette technique n'invente rien. Elle a sur toutes les autres l'énorme avantage de la simplicité. Certes il advient que les délais que nous avons indiqués sont plus que dépassés, avant que l'on ait eu raison de la sténose. En effet, par suite de la résistance du tissu fibreux, le rétrécissement est parfois indilatable d'emblée, ou bien il devient indilatable après avoir admis les plus petits numéros de la filière. Ce sont des cas qui sont justiciables d'une très grande patience. Devant l'impossibilité d'introduire dans la lumière du rétrécissement une laminaire plus grosse, pendant plusieurs séances on remet le même numéro jusqu'à ce qu'il soit possible de passer au numéro supérieur. Ajoutons un détail de technique. Il est prudent de placer un fil de secours, durant les manœuvres. Au cas où celui qui entraîne la laminaire viendrait à se rompre, on éviterait les tâtonnements du premier passage. Cette technique connue sous le nom de

dilatation par le fil sans fin de von Hacker est celle à laquelle nous nous sommes arrêté. Pourquoi ? Voyons d'abord à quelles méthodes on pourrait avoir recours. En dehors de la dilatation simple qui ressortit aux petites sténoses, et à laquelle il faut évidemment avoir recours lorsque c'est possible, il demeure : la dilatation œsophagoscopique, l'électrolyse, l'œsophagotomie interne, l'œsophagotomie externe thoracique, l'œsophagectomie.

Ne disons rien des deux dernières. Nous aurons l'occasion d'en reparler. Examinons les autres.

a) La dilatation œsophagoscopique est un procédé moins aveugle que la dilatation simple « Avec l'œsophagoscope on peut éviter la perforation sus-sténosique, on n'évite pas à coup sûr la perforation dans l'intérieur du rétrécissement. Quand l'orifice supérieur du rétrécissement une fois découvert, on a pu y pousser un cathéter, ce cathéter chemine à l'aveugle dans le rétrécissement, frotte contre les parois. Le voilà qui n'avance plus qu'avec peine. Faut-il appuyer ? Quel effort oser ? Sommes-nous en bonne place ? Autant de question que l'œsophagoscope à lui seul ne peut résoudre. » Ainsi s'exprime Sencert pourtant grand amoureux de l'œsophagoscope. Ceci nous dispense d'insister et d'aller plus avant.

b) L'électrolyse elle aussi compte à son actif de nombreuses perforations ; surtout l'électrolyse linéaire. Dans certains rétrécissements trop serrés elle est impossible.

c) L'œsophagotomie interne a fait un grand pas depuis

Maisonneuve (1861). Elle a donné de beaux succès à Guisez et à Sencert. Elle est loin d'être encore sans danger. Une fois l'œsophagotome dans le rétrécissement on ne voit plus ni sa pointe ni ses lames. On progresse dès lors au hasard. Cette opération reste donc comme toutes les opérations aveugles, très dangereuse.

Il nous faudrait dire ici un mot de l'œsophagotomie externe cervicale. Nous n'avons jamais eu à en discuter les indications, puisque toutes nos sténoses avaient un siège thoracique. Ajoutons que pas un instant nous n'aurions songé proposer à nos malades l'opération de Gussenbaner (œsophagotomie interne après œsophagotomie externe cervicale). Il nous semble que pour un rétrécissement cervical bien limité, l'œsophagotomie externe pourrait être tentée avec succès, semble-t-il, si on a toujours présent à l'esprit, que les échecs sont en général dus au traitement post-opératoire (dilatation, dissection.....) L'incision longitudinale de l'œsophage et sa suture transversale est *a priori* satisfaisante pour l'esprit. Les résultats publiés par Billroth, Willy-Meyer Demons, Robert seraient encourageants.

2°. — *On n'a pas pu passer de conducteur.* — D'aucuns appellent ces rétrécissements, des rétrécissements graves. Il nous semble que ce terme n'est pas suffisant. Ils sont incurables. Pour eux le chirurgien a beaucoup tenté. Il n'a encore rien obtenu. Disons tout de suite qu'ils sont d'une extrême rareté. Nous en avons cependant vu quelques-uns, deux sont morts (obs. IX et X). De deux

autres, l'un a été perdu de vue, l'autre s'achemine lentement vers la mort.

Et que faire, en effet, en présence d'une sténose qui n'admet pas le plus petit cathéter par quelque procédé que ce soit.

On ne peut songer à une œsophagotomie interne sans conducteur. Pour la même raison (absence de lumière) l'électrolyse doit être abandonnée. On ferait volontiers une intervention cervicale pour un rétrécissement du début du conduit. Mais nous avons vu que la majorité des sténoses ont un siège thoracique. En tout cas toutes nos observations sont de ce type.

Alors ? Il ne demeure plus que la ressource des opérations sur le médiastin postérieur : L'œsophagotomie externe thoracique, l'œsophagectomie — ou encore cette reconstitution plastique d'un œsophage extra-thoracique, qui a pu donner des succès, mais qui n'est pas du domaine de la chirurgie courante.

On sait le résultat terrible des opérations sur l'œsophage par le médiastin. Les opérés de Tuffier et de J. L. Faure n'ont pas survécu. Aussi bien nous avons voulu avoir une petite expérience personnelle, et nous avons pratiqué sur le cadavre l'opération trans-médiastine sur l'œsophage. Les difficultés sont grandes et nombreuses. Malgré la largeur du volet osteo-musculo-cutané le champ opératoire est au fond d'un puits où il est malaisé d'agir — les voisins sont éminemment dangereux — le processus de péri-œsophagite ne doit pas simplifier les manœuvres. Au total énorme danger, piètre résultat.

Ainsi les rétrécissements cicatriciels de l'œsophage ne sont pas une affection aussi bénigne qu'on le croit. Avons-nous été particulièrement défavorisé ? C'est possible. Quoi qu'il en soit nous demeurerons persuadé qu'avec de la prudence on peut éviter les complications graves et que dans presque tous les cas le traitement par la dilatation au fil sans fin, parfois très laborieux, amène la guérison.

OBSERVATIONS

Obs. I (Pr. Brémond). — Mr. X. 27 ans, brûlure par eau des olives à 19 ans, gastrostomie un an après la brûlure, alimentation exclusive par la fistule gastrique. Parfois quelques gorgées de liquide passent par la bouche.

Quand le malade est vu pour la première fois, par M. Brémond, en juin 1919, il est dans un état général lamentable. On établit le cathétérisme sans fin. Cinq tentatives à la laminaire sont successivement tentées entraînant de vives douleurs et une élévation très profonde de la température. Le malade est emporté par une broncho-pneumonie massive.

Obs. II (Pr. Brémond). — B. 10 ans. Brûlure par eau des olives en 1914. A mangé un mois normalement. Rétrécissement progressif durant six mois, après quoi sténose absolue nécessitant la gastrostomie en mars 1915.

Il est vu en février 1919 : arrêt complet de tout cathéter à 23 cent. des arcades dentaires. Oesophagoscopie : aucun résultat ; fond en doigt de gant.

Radioscopie : bismuth arrêté.

L'enfant n'absorbe rien et crache continuellement sa salive.

Enfant gavé par sa fistule, entouré de soins et qui malgré tout se maintient en assez bon état.

Obs. III (Pr. Brémond). — Mlle Th. T..., 18 ans. Tentative de suicide en juillet 1908 (HCl) Dès le lendemain alimentation rectale, car la dysphagie est intense. Amélioration de la dysphagie vers le 5^e jour. Puis peu à peu, la dysphagie se réinstalle, jusqu'à devenir absolue.

Au bout de deux mois, gastrostomie.

Rétrécissement à 24 cm. des arcades. Le fil sans fin est établi. Dilatation aux lamineaires. Sept mois après l'accident, l'alimentation est normale. (Actuellement mariée). (Fermeture spontanée de la fistule gastrique).

Obs. IV (Pr. Brémond). — A. R. 10 ans. Absorbe l'eau des olives en 1908. Deux jours après dysphagie assez vive, qui devient très intense dix jours après. Quinze jours après gastrostomie. L'enfant est nourri pendant un an par sa sonde stomacale.

Vu un an après l'accident, on constate : arrêt de l'explorateur à 25 cm. des arcades à l'œsophagoscopie : rétrécissement avec pertuis excentrique à droite. On passe le fil sans fin.

Deux jours après laminaire n° 8 (trois heures) réaction thermique (38°,5).

Trois jours après laminaire 10 (quatre heures):

— — — 12 (six heures).

— — — 14 (six heures).

Deux jours de repos

Laminaire 18 (dix heures).

Séance hebdomadaire de dilatation aux sondes. Au bout de cinq mois guérison complète. Fermeture spontanée de la gastrostomie.

Obs. V (Pr. Brémond).. — Mlle M. B. 23 ans. Avale de l'acide chlorhydrique en mai 1907. Déglutition impossible trois mois après l'accident : gastrostomie.

Consulte Brémont en décembre 1909 :

Rétrécissement très serré à 26 cm. des arcades. L'œsophagoscopie montre une tache sombre latérale, qui est probablement la lumière. Après de nombreuses tentatives la sonde urétérale passe. Fil sans fin.

Deux jours après : laminaire 8 (douze heures)

— — 10 (douze heures)

— — 12 (vingt-quatre heures)

Repos de huit jours.

Reprise à deux jours d'intervalle des lamineuses 10, 12 et 14 avec long séjour (forte réaction). Pendant deux mois, deux fois par semaine la sonde en gomme n° 30 est passée.

Guérison complète.

Obs. VI (Pr. Brémont). — Ph. M. Avale de l'acide sulfurique en octobre 1910. Un mois après : dysphagie absolue pour les solides et très marquée pour les liquides.

En décembre 1911, Brémont voit le malade. Etat lamentable. Rétrécissement à 27 cm. des arcades. La sonde urétérale le franchit; mais elle est arrêtée net à 36 cms par un second rétrécissement.

Gastrostomie en janvier 1912. Cathéter sans fin 15 jours après.

Dilatation aux lamineuses du premier rétrécissement qui cède au bout de quinze jours après avoir subi trois tiges. Alors dilatation du second rétrécissement. Après sept séances espacées de quatre à cinq jours, la bougie 30 passe. Dilatation à la bougie pendant deux mois. Guérison complète.

Obs. VII (Pr. Brémont). — M. X. 27 ans, Brûlure à 19 ans. Gastrostomie un an après. Alimentation exclusive par la sonde, sauf quelques gorgées de liquide.

Vu en juin 1919 : très amaigri. On passe avec difficulté la sonde urétérale et on établit le fil sans fin. Cinq dilatations à la

laminaire sont successivement tentées, entraînant à tous coups violentes douleurs et fièvre intense (40°). Mort en octobre 1919 de broncho-pneumonie.

Obs. VIII. — Aimé M. 8 ans. Absorbe l'eau des olives en octobre 1919. Vu un mois après dans un état avancé de misère physiologique.

Gastrostomie d'urgence.

Cathéter arrêté à 25 cm. des arcades. Séjour d'un mois à la campagne. En janvier malade très augmenté de poids; on établit le fil sans fin.

L'examen radioscopique pratiqué à ce moment montre : bismuth arrêté un peu au-dessous de l'aorte, filtrant ensuite un 6 à 7 cm. à travers un défilé pour tomber ensuite dans l'estomac.

Dilatation aux lamineurs. Traitement des plus laborieux, obligeant à piétiner et interrompu pendant trois mois, repris ensuite mais sans brillant résultat. Actuellement on passe la sonde 18 pas au-delà.

Obs. IX. — J. P. 45 ans. Avale eau des olives en septembre 1919. Amené à la consultation en décembre suivant, dans un état lamentable et mourant de faim. Explorateur buté à 28 cm. des arcades.

Gastrostomie d'urgence.

Six jours après l'intervention, avant toute tentative de dilatation on constate un emphysème sous cutané très prononcé, marqué surtout à la face et au cou, mais étendu en bas jusqu'aux crêtes iliaques. Puis la fièvre s'installe et dans les poumons signes de congestion.

Depuis le premier jour le malade présentait une vomique matinale d'une trentaine de crachats purulents.

La température tombe bientôt. Les signes pulmonaires disparaissent. Le malade meurt brusquement le 2 janvier 1920.

Autopsie :

L'œsophage, l'aorte, la bifurcation de la trachée ne forment qu'un bloc. La partie rétrécie s'étend sur 8 cm. au-dessous de la crosse. La branche gauche est en communication par sa face antérieure avec l'œsophage : le pertuis est net, à bords précis, gros comme une lentille.

Obs. X. — Marie X... 20 ans. Absorbe en août 1919 de la saumure d'olives. Soignée tout de suite dans un service de médecine qui nous la passe un mois après. Exploré entre temps, son œsophage n'admet le cathéter que sur 23 cm.

La gastrostomie est pratiquée en septembre ((dysphagie interse) à la locale à cause d'un état général grave (signe de pleurésie avec épanchement). Au cours de l'intervention rejet par la bouche d'une gorgée de pus contenant un débris de coquille d'œuf. Le lendemain ponction pleurale exploratrice : du pus est ramené. Le même jour résection costale.

Suites : aggravation continue de l'état général. On constate que le liquide dégluti ressort par la plaie thoracique. Mort (myocardite) quinze jours après la gastrostomie.

Obs. XI. — Claire T. 18 ans. En octobre 1919 : eau des olives. En novembre premiers signes de sténose à ce moment l'écran aurait montré un rétrécissement au niveau de l'aorte. Dilatation aux bougies. Le résultat paraît encourageant, mais le spasme est de plus en plus marqué.

La malade entre à l'hôpital. Gastrostomie le 29 février.

Le lendemain avec grandes difficultés passage du fil sans fin. Trois jours après violente douleur suivie de petite vomique (dix à quinze crachats). On s'abstient de toute dilatation. Le radioscopie montre : une ligne grisaille du sommet droit et le reste du thorax normal. L'œsophage thoracique montre de la

deuxième à la dixième cote un chapelet de huit rétrécissements.

Malade perdue de vue.

Obs. XII. — X.... 9 ans. Eau des olives en novembre 1919, gastrostomie un mois après. Radioscopie montre : rétrécissement bronchique et cardiaque.

On passe le fil en février et le petit malade est perdu de vue (dysphagie très marquée).

Le malade est revu en avril : il n'a plus son fil sans fin. De nombreuses tentatives de cathétérisme échouent.

L'œsophagoscope montre une muqueuse très enflammée, pas le moindre pertuis.

Malade perdu de vue après la seconde œsophagoscopie.

CONCLUSIONS

I. — Dans les rétrécissements cicatriciels de l'œsophage que nous avons suivis et soignés, le premier geste thérapeutique a été de pratiquer la gastrostomie. La sténose était, en effet, absolue ou presque. L'intervention constituait, en outre, un premier temps nécessaire pour le traitement ultérieur du rétrécissement lui-même.

II. — En effet, quand nous l'avons pu, nos malades ont été dilatés à la tige de laminaire par le procédé du fil sans fin, qui nécessite la gastrostomie préalable. Il suffit, pour pratiquer cette méthode de pouvoir passer dans la lumière du rétrécissement une bougie filiforme. Elle sera conductrice du fil sur lequel on montera par la suite des laminaires de grosseur croissante. La dilatation bien amorcée on la termine avec des bougies ordinaires.

III. — Lorsque le passage du conducteur filiforme est impossible, on demeure désarmé.

IV.— Le pronostic a été fonction du traitement. Quand la dilatation était possible, il était bon. Sinon le malade n'avait que sa fistule gastrique pour pouvoir s'alimenter. Ce peut être insuffisant pour un enfant.

V.— Le pronostic a été encore fonction des complications survenues. Celles que nous avons vues étaient dues à la brûlure initiale : œsophagite phlegmoneuse, fistule broncho-œsophagienne ou œsophago-pleurale. Elles ont été mortelles.

VI. La plus grande partie de nos malades étaient donc porteurs de sténoses graves. Peut-être le facteur étiologique (commun à presque tous les cas) y était-il pour quelque chose : l'« eau des olives » caustique à base de soude est, dans le Midi, une cause fréquente de rétrécissement cicatriciel de l'œsophage.

Vu :

Le Doyen,

H. ROGER.

Vu le président de la thèse,

P. SEBILEAU.

Vu et permis d'imprimer :

*Le Recteur de l'Académie
de Paris,*

APPEL.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- Amalfi.** — Potassa N° 10, souda esofag (*Stom. aca Napoli*, 1917).
— Potassa N° 11. Souda esofaga. *I b.*
- Benjamin.** — A simple instrument for the diaphrosis of the stricture of the œsophagus (*Nederl. Tidschr. v. Meneesk.* Amst. 1916).
- Bosanguet.** — A brief review of the affections of the œsophagus. (*Clir. J. London.* 1912-13).
- Brindel.** — Rétrécissement cicatriciel de l'œsophage en apparence infranchissable. Cathétérisme sans œsophagoscopie, dilatation, guérison. (*Gaz. heb. des smed. Bordeaux*, 1919).
- Broelhaert.** — Traitement des rétr. cic. de l'œs. chez les enfants. (*Larynx.* Marseille et Paris, 1913).
- Brunet.** — Stricture of the œsophagus; report of a case (*S. Am. M. Ass. Chicago*, 1916).
- Dujon.** — Un cas de rétr. cic. œs. (*Ann. Int. de chir. gastro-intestinale.* Paris 1912).
- Grudzinski.** — Radiodiaphrosis of strictures of the œsophagus. (*Warzowa. Gaz. Lek.* 1913).
- Guisez.** — Deux cas chez des blessés de guerre de sténose par diaphragme cicatriciel de la trachée et de l'œsophage (*Bull ac. méd.* Paris 1917).

- Quelques remarques et des règles concernant le cathétérisme de l'œsophage. (*Paris chir.* 1919).
- Du cathétérisme de l'œsophage. (*Paris méd.* 1919).
- De l'étiologie et des différentes formes de sténoses inflammatoires de la région cardiaque de l'œsophage. (*Presse méd.* Paris 1917).
- Diagnostic et traitement des rétr. cic. de l'œs. (*Arch. génér. de chir.* 1913).
- Traitement des rétr. cic. œs. (*Bull. d'O. R. L.* Paris 1913).
- Diagnostic et traitement des rétr. cic. œs. (*Bull. O. R. L.* Paris 1912).
- Diagnostic et traitement des rétr. cic. œs. (*Journal de médecine de Paris*, 1912).
- Jacques.**— Le bougirage à demeure dans les rétr. cic. œs. (*Ann. des mal. de l'oreille et du larynx* Paris, 1912).
- Liébault.**— Les sténoses inflammatoires chroniques de la région cardiaque de l'œsophage. (*Pres. heb. de laryng.* Paris 1913.)
- Lerche.**— Membranous strictures of the œsophagus of obscure etiology. (*Chicago*, 1913).
- Impératoir.**— Three case of stricture of the œsophagus to the accidental swallowing of concentrated lyc solutions. (*Laryngoscope St. Louis* 1917).
- Matlack.**—Röntgen diaporis of brions of the œsophagus (*Int. J. Surgery. N. J.* 1913).
- Melville.**— Report o a case of stricture of the œsophage (*Int. J. Surgery N. J.*, 1913)
- Millspang.**— Some interesting œsophageal cases (*Laryngoscope St. Louis*, 1913).
- Mollison.**— Dysphagia (*Guy's Hosp. Gaz. London*, 1918).
- Petterson.**— Esophageal stenosis : report of cases. (*Penn. M. S. Ath.* 1918-19).
- Ramond, Carrie et Petit.**— Le syndrome œsophagien (*J. démél. de Paris*, 1918).

Rotch.— Three types of occlusion of the œsophagus in early life. (*Am. S. Dis. Child. Chicago*, 1913).

South — Esophageal stricture (*S. Am. M. Ass. Chicago* 1917).

Sencert.— Sur le traitement des rétr. graves de l'œs. (*Bull. Ac. de méd.* 1918).

— Traitement des rétr. graves de l'œs. (*Journal de chirurgie* 1917 - 18).

Sargnon.— Contribution à l'étude œsophagoscopique et thérapeutique des rétr. de l'œsophage. (*Arch. intern. de laryngo. Paris*, 1916).

Texier.— Rétr. inflammatoire de la région cardiaque de l'œsophage. Cas mortel: examen anatomo-pathologique. (*Rev. de laryngologie Paris* 1916).

Viannay.— Un cas de rétr. de l'œs. et du pylore (*Loire méd.* 1913)

Warthon.— Structure of the œsophagus (*Ann. Lurg. Philadelphie*, 1917).

Weil, Hallé et Abrond.— Inanition prolongée consécutive à des rétr. cic. de l'œsoph. chez une fillette de 7 ans (*Gaz. méd. de Paris*, 1913).

Wheeler.— Report of two cases of œsophageal stricture produced by corrosives, (*Indianapolis M. S.*, 1917).

Cet index n'indique que les publications parues depuis le Congrès de chirurgie de 1912.
